

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

1427

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jegoszyja Uszer MILLER

Né le 22 Janvier 1912, à Varsovie (Pologne)

**Fausse appendicite
au cours des maladies fébriles**

Président : L. TANON, Professeur.

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jegoszyja Uszer MILLER

Né le 22 Janvier 1912, à Varsovie (Pologne)

Fausse appendicite au cours des maladies fébriles

Président : L. TAYON, Professeur.

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
»	FIESSINGER.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) ..	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin) ..	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.
DELARUE	Anat. pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.
DESAILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgic.
FUNK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS ..	Anat. pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.	
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY.....	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgic.
PETIT-DUTAILLIS ...	Pathologie chirurgic.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHT	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
SICARD	Pathologie chirurgic.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHALLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique Médicale.
BRULÉ	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (Guy)	
LIAN	
MOREAU	} Clinique Obstétricale.
PIÉDELÈVRE	
SÉZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
DE GAUDART D'ALLAINES	
LEVEUF	
MOULONGUET	
MOURE	} Clinique Obstétricale.
QUENU	
ECALLE	
METZGER	
PORTES	} Clinique Obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Faible témoignage de mon affection et de
mon infinie reconnaissance pour les
sacrifices qu'ils se sont imposés pen-
dant mes études.*

A MA FEMME

Témoignage de ma tendre affection.

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SOEUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène et de Médecine Préventive
à la Faculté de Médecine de Paris
Inspecteur Général des Services Techniques
d'Hygiène de la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

*Hommage de notre respectueuse recon-
naissance.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE TOURS

A M. LE PROFESSEUR PAUL GUILLAUME LOUIS

Directeur de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours
Chirurgien-Chef de l'Hôpital Général Bretonneau
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a guidé nos premiers pas en médecine.

Témoignage de notre profonde reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR D. GAUDEAU

Médecin-Chef de l'Hôpital Général Bretonneau
et de l'Asile de Clocheville
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qu'il veuille bien recevoir ici tous mes
remerciements pour l'enseignement
qu'il m'a prodigué et pour la bien-
veillante sympathie qu'il m'a mani-
festée.*

A M. LOUIS CHOLLET

Secrétaire de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En profonde reconnaissance pour l'inté-
rêt et la sympathie qu'il nous a toujours
portés.*

A M. LE PROFESSEUR ÉMILE ARON

Médecin de l'Hôpital Général Bretonneau

INTRODUCTION

Dans un très grand nombre de syndromes appendiculaires, l'examen approfondi du malade ou l'anamnèse ou encore des conditions particulières épidémiologiques permettent de penser soit à une infection concomitante, soit à une affection fébrile d'origine déterminée. Cependant, une fois cette affection nettement diagnostiquée on constate que l'on ne se trouve pas devant une appendicite proprement dite, mais devant un syndrome de fausse appendicite qui peut n'être qu'une réaction inflammatoire passagère à distance du tissu amygdalien iliaque.

Nous nous proposons de procéder ici à une révision non pas de toutes les infections au cours desquelles peuvent apparaître ces manifestations cliniques que l'on a englobées sous le nom de fausses appendicites, mais d'étudier les cas particuliers de douleurs de la fosse iliaque droite dans les quatre grandes infections : grippe, fièvre typhoïde, pneumonie, et paludisme.

Nous nous efforcerons de tirer de ces démonstrations les enseignements propres non seulement à

asseoir le diagnostic différentiel sur des bases aussi stables que possible, mais encore à appeler l'attention du praticien sur les nécessités d'un examen large de tous les appareils, soit devant les infections caractérisées, soit devant les symptômes d'appendicite qui peuvent n'être que la manifestation masquée d'une infection latente.

Nous tenterons en outre de définir les grandes lignes d'une thérapeutique et l'attitude chirurgicale d'expectative ou d'intervention à tenir dans chaque catégorie de cas.

FAUSSES APPENDICITES AU COURS DE LA GRIPPE

Parmi les principales maladies fébriles dans lesquelles peut être constaté un syndrome abdominal douloureux, la grippe occupe une place prépondérante.

Ce pourquoi nous nous permettrons d'insister particulièrement sur les fausses appendicites au cours des infections grippales.

Depuis longtemps déjà on savait que l'appendicite vraie pouvait coïncider avec ou succéder à une infection grippale.

En 1896, Jalaguin avait signalé la possibilité de réactions appendiculaires au cours des diverses maladies infectieuses, telles que rougeole, variole et grippe.

Merklen en 1897 signale le premier trois cas de réactions appendiculaires survenues au cours d'une grippe.

L'épidémie de grippe de 1918 n'a pas montré de nombreux cas de fausse appendicite. Elle a tout de même inspiré les travaux de Lereboullet, Villard de Lyon et la thèse de Gotrecht en 1919.

Nous ferons évidemment abstraction des appendicites vraies, qui obligent à l'intervention d'urgence, il est en effet possible d'en voir au cours d'une grippe.

Ce qui nous intéressera surtout ce sont les réactions cœco-appendiculaires, dont le tableau clinique reflète une réaction douloureuse de la fosse iliaque droite mais qui ne font l'objet d'aucune sanction thérapeutique.

Au point de vue anatomo-pathologique on constate : l'intégrité macroscopique de l'appendice avec infiltration du système mésentère, une inflammation très nette du cœcum et augmentation de volume des ganglions, du meso appendiculaire et de l'ascendant.

A l'examen histologique on constate : une légère infiltration du système lymphoïde mais aucune tendance à la perforation.

Il semble donc en examinant ces constatations que dans la plupart des cas il existe non point d'appendicite vraie, mais bien plutôt une congestion de l'appendice et du cœcum avec inflammation de leur méso et ganglions de voisinage.

OBSERVATIONS

Observation I :

Le malade est admis pour une crise douloureuse cæco-appendiculaire caractérisée par : gargouillement de la fosse iliaque droite, défense musculaire, point de Mac-Burney tout à fait net, état nauséeux avec quelques vomissements, température à 38°5, pouls 100.

Toucher rectal douloureux à droite. Ces différents signes se sont constitués depuis deux jours.

Il s'agit en définitive d'une réaction à type d'appendicite aiguë tout à fait nette qui a décidé le médecin très averti à envoyer le malade pour intervention.

A l'examen : malade assez fatigué. On apprend que le début réel remonte à quarante-huit heures par : fatigue, lassitude, céphalée puis douleur diffuse de l'abdomen, localisée secondairement au côté droit.

Palpation montre un abdomen qui se défend. Le palper profond est douloureux : douleur élective dans la fosse iliaque droite.

Percussion révèle un cæcum gargouillant et submaté.

L'examen général ne décèle, ni signe d'auscultation, ni angine. Malgré tout l'aspect un peu lar-

moyant, les pommettes colorées, un peu de coryza et surtout la céphalée font surseoir à l'intervention.

Glace sur le ventre sans résultat. Compressees chaudes, laudanisées mieux tolérées. Le lendemain l'auscultation révèle quelques râles, le malade commence à cracher.

Dans les jours qui suivent, disparition complète de tous les signes abdominaux. Les signes pulmonaires s'améliorent progressivement. Le malade est guéri.

Observation II :

Malade admis pour crise douloureuse abdominale avec défense et vomissements. Température 38°8. Pouls 100.

Examen : douleur nette dans la fosse iliaque droite. Défense de l'abdomen sans contracture vraie. Toucher rectal : un peu douloureux du côté droit.

L'examen du poulmon révèle une submatité de la base droite avec une diminution de l'amplitude respiratoire. Le malade est mis en observation. Compressees chaudes sur le ventre. Révulsion.

L'absence de l'appendicite vraie, n'étant pas fixée, définitivement, le malade est suivi d'heure en heure. On voit les douleurs abdominales diminuer d'intensité. Les vomissements cessent. La température se fixe à 38°5.

Le lendemain amélioration nette de tous les

signes abdominaux, mais par contre constitution à la base du poumon droit de deux foyers successifs pour lesquels on institue un traitement, assurant au malade une guérison complète.

Observation III :

Malade admis pour crise appendiculaire possible avec violente douleur à droite, palpation et toucher rectal douloureux. Température 38°, pouls 100.

Le début remonte à trois jours auparavant par des douleurs assez vagues et diffuses qui se sont localisées secondairement.

A l'examen : douleur au point de Mac-Burney. Contracture qui interdit tout palper profond.

L'examen pulmonaire révèle des râles disséminés dans les deux poumons.

Pas d'intervention. Révulsion thoracique, eucalyptine, désinfection de la voie pharyngée.

Les signes abdominaux s'amendent progressivement jusqu'à la guérison complète.

SYMPTOMATOLOGIE

Le malade se présente toujours comme un abdominal aigu. Le plus souvent le début est progressif par douleurs abdominales diffuses à type de colique. Quelques vomissements mais qui n'ont jamais l'intensité ni la ténacité de ceux de l'appendicite vraie.

Au bout de vingt-quatre heures à quarante-huit heures, la douleur se localise électivement à droite où elle évoluera désormais, paraissant ainsi se fixer électivement sur le tissu lymphoïde particulièrement important au niveau de l'amygdale appendiculaire.

Il est possible en même temps de noter quelques signes de grippe : coryza, angine, céphalée. La température est de l'ordre de $37^{\circ}5$, 38° , $38^{\circ}5$. Le pouls n'est pas très accéléré.

La période d'état commence en quelque sorte lorsque le malade se plaint électivement de sa fosse iliaque droite.

Le syndrome de réaction cæco-appendiculaire peut prendre divers types : soit le type habituel de la crise appendiculaire — douleurs, vomissements, contracture, toucher rectal sensible, fièvre, accélération du pouls, soit le type de crise atténuée où quelques éléments sont minimes ou manquent tout à fait.

C'est à cette période (trois à quatre jours) que l'on voit apparaître les manifestations grippales qu'il faut toujours chercher à dépister devant des fosses iliaques douloureuses, surtout en période épidémique de grippe.

Ces manifestations peuvent être bucco-pharyngées : angine rouge. Elles peuvent être trachéales, pulmonaires, fort discrètes à l'arrivée, elles ne se constituent que progressivement. Certains malades ne font que des troubles légers : angine banale, pha-

ryngite discrète. D'autres, par contre, peuvent avoir des épisodes nets de bronchite ou constituent même des foyers pneumoniques ou broncho pneumoniques ; lorsque ces manifestations grippales évoluent, les signes abdominaux ont disparu presque toujours ou se sont atténués.

En définitive, ces manifestations présentent quelques caractères qui sont : Un début particulièrement progressif, échelonné sur plusieurs jours, bien différent du début brutal de l'appendicite vraie. Le tableau clinique est un complexe de signes abdominaux d'abord diffus puis secondairement localisés à la fosse iliaque droite. L'élément douleur prédomine à l'exclusion de contractures et de vomissements avec signes généraux moyens — température le plus souvent à 38° — enfin des signes de grippe survenant au bout de quelques jours et qui sont soit diffus soit à type de localisation bien précis.

L'évolution de cette affection se fait en deux phases cliniques : abdominale puis grippale.

Dans tous les cas, les symptômes de ces deux éventualités aboutissent à la rémission rapide avec guérison complète sans intervention. Quelquefois on peut voir survenir des complications, celles-ci, d'ailleurs, dépendant surtout de la grippe. Evolution bonne, telle est la caractéristique de ces manifestations cæco-appendiculaires.

DIAGNOSTIC

On conçoit fort bien que le diagnostic apparaisse très souvent comme épineux. S'agit-il de malades présentant une appendicite vraie ou bien est-on devant des sujets faisant « leur grippe dans leur ventre » ?

Certaines notions nous aideront à éluder le problème.

La notion du terrain : malade venant d'un milieu suspect où étaient notés des cas de grippe.

Le mode de début : signes prémonitoires de grippe : céphalée, coryza, angine...

Echelonnement de signes de début sur plusieurs jours.

Signes abdominaux diffus, secondairement localisés à la fosse iliaque droite.

L'examen doit dépasser l'abdomen en examinant successivement la gorge et l'appareil pleuro-pulmonaire.

L'examen doit d'abord porter sur l'abdomen. Le ventre respire, il n'y a pas de contracture vraie. La congestion inflammatoire de la région cæco-appendiculaire se protégeant par une tension du grand droit mais ne le paralysant pas.

La palpation et la percussion permettent de noter qu'il existe presque toujours un cæcum gros, douloureux, gargouillant. La mise en évidence d'un point douloureux, exquis appendiculaire est rare,

bien plus souvent c'est une zone douloureuse dans la fosse iliaque droite.

On doit toujours faire un toucher rectal. Cet examen révélera peu de signes dans les cas de réaction banale.

Certains auteurs insistent sur l'importance de la formule sanguine. Ils trouvent dans presque tous les cas une leucopénie persistante en rapport évident avec la grippe. Il s'agit là pour eux d'un excellent élément de diagnostic.

Pourrait-on proposer un examen radiologique ? Peut-être, mais pas en période aiguë. Il ne s'agit que d'un moyen de contrôle applicable au bout de dix à quinze jours après refroidissement de la crise ayant pour but de voir s'il existe une lésion de l'appendice.

TRAITEMENT

Lésion abdominale ? Un problème se pose. Intervenir ou temporiser ? Il y a des malades chez lesquels le diagnostic de réaction inflammatoire d'origine infectieuse ne paraît pas évident ; pour ceux-ci il convient d'exercer auprès d'eux une surveillance minutieuse ; prendre le pouls et la température (en se rappelant qu'il est tout à fait possible de voir des appendicites avec pouls ralenti). Examiner souvent l'abdomen et dès l'apparition d'une contracture ou de vomissements répétés il faut inter-

venir. Romant, dans le *Monde Médical* de 1929, a montré en effet qu'on voyait des appendicites graves d'emblée survenir au cours de la grippe.

Si nous ne nous trouvons pas devant un syndrome appendiculaire d'alarme, nous préconisons l'institution d'une thérapeutique effective contre les manifestations grippales : révulsion, gargarismes, désinfection naso-pharyngée, eucalyptine en injections sous-cutanées.

Contre l'abdomen douloureux, compresses chaudes, cataplasmes.

Il sera prescrit une diète absolue. L'alimentation ne sera reprise qu'à l'atténuation des troubles abdominaux, au bout de quatre à cinq jours environ, elle doit être progressive.

CONCLUSION

Mixo-Queri prétend que ces manifestations inflammatoires de la région appendiculaire ne sont que des erreurs de diagnostic.

Nous pensons au contraire que leur existence ne doit pas être mise en doute.

En définitive il convient d'être réservé devant les phénomènes aigus de la fosse iliaque droite au cours de la grippe. Ceux-ci révèlent souvent une réaction inflammatoire indéniable du cæco-appendice due soit à une folliculite de l'amygdale appendiculaire, soit à la projection douloureuse à droite d'un syndrome sympathique.

Dans tous les cas un examen complet, minutieux, répété de ces malades est nécessaire pour aboutir à un diagnostic exact.

Se rappeler qu'on peut voir, néanmoins, des appendicites vraies chez les grippés.

Dans ces affections, la conduite idéale restera dans la collaboration intime du médecin et du chirurgien, le premier appliquant la thérapeutique médicale, le second étant prêt à intervenir, s'il est nécessaire.

Nous ne pensons pas comme certains auteurs que tous les appendices lésés par la grippe sont des appendices malades à enlever par la suite.

Souvent ce sont des lésions bénignes, passagères, elles guérissent presque toutes. Donc pas de thérapeutique chirurgicale pour ces éventualités cliniques, mais un traitement médical.

II

FAUSSE APPENDICITE AU COURS DE LA PNEUMONIE SURTOUT CELLE DE L'ENFANT

Observation I :

On hospitalise un garçon de 4 ans ayant une douleur vive dans la fosse iliaque droite, douleur que la pression rend atroce. Le reste du ventre est également douloureux mais à un degré moindre. En même temps il existe une contracture nette des parois et qui ne permet pas de pratiquer la palpation profonde de la fosse iliaque droite.

Fièvre : 38°8. Pouls 140. Pas d'albumine ni sucre dans les urines.

Rien du côté des différents systèmes organiques.

Les parents nous apprennent que l'enfant est malade depuis deux jours. L'avant-veille, dans la soirée, il s'est plaint de douleurs abdominales qui ont disparu après application de compresses chaudes sur le ventre. Le lendemain il était bien toute la journée et la nuit. Mais le jour de son hospitalisation on lui administra de l'huile de ricin ce qui amena plusieurs selles normales. C'est vers cinq heures de

l'après-midi que l'enfant fut pris à nouveau subitement de douleurs dans le ventre, beaucoup plus fortes cette fois qu'il y a quarante-huit heures et obligent les parents à amener leur enfant à l'hôpital.

Le tableau clinique semblait nettement indiquer une appendicite aiguë avec début de péritonite que l'on pouvait supposer due à une perforation de l'appendice. L'opération est faite sans tarder.

A l'ouverture du péritoine, on remarque qu'il n'y a ni liquide trouble, ni signes macroscopiquement nets d'inflammation du cæcum et de l'appendice. Ce dernier présente une légère hyperhémie.

Devant cette surprise on évoque l'idée d'une pneumonie droite. Le petit malade commence à tousser dès le lendemain de l'intervention. La fièvre oscille entre $37^{\circ}2-38^{\circ}$.

Vers le cinquième jour apparaissent les signes d'une congestion pulmonaire.

Après deux semaines dans le service de médecine, le malade est de nouveau transféré dans le service de chirurgie pour pleurésie purulente droite à pneumocoque.

L'enfant est sorti le vingtième jour après l'intervention en bon état général et local.

Quelle est la pathogénie du syndrome pseudo-appendiculaire dans la pneumonie ?

D'après Hutinel et Cayla, « le point douloureux abdominal résulte d'une irradiation douloureuse à distance, déterminée par une pleurésie basale ».

La théorie de l'irradiation suivant la branche

perforante antérieure du douzième nerf intercostal n'est pas admise sans conteste.

La théorie d'une septicémie pneumococcique à double localisation pulmonaire et abdominale, paraît satisfaire mieux l'esprit. Du reste les constatations anatomo-pathologiques viennent à l'appui de cette façon de voir, étant donné surtout qu'on a trouvé le pneumocoque constamment dans le péritoine des sujets morts de pneumonie.

Dans les opérations effectuées au cours de ces pseudo-appendicites aiguës pneumoniques on a trouvé de l'hyperhémie de l'appendice.

III

FAUSSE APPENDICITE AU COURS DE LA FIEVRE TYPHOIDE

Observation I :

On amène dans le service de chirurgie une jeune fille avec le diagnostic d'appendicite aiguë. La jeune malade se plaint d'une douleur spontanée assez intense et diffuse dans tout le ventre, mais plus accentuée à la fosse iliaque droite. A la pression même localisation de la douleur et défense musculaire nette.

Son interrogatoire apprend que la maladie actuelle date de six jours et a débuté par une fièvre et une céphalée intense. Des douleurs abdominales vives ont apparu et se sont accompagnées de nausées; ce qui décida l'hospitalisation.

Le diagnostic paraît clair et on pense à une appendicite aiguë qui remonte à cinq jours.

Comme le délai de quarante-huit heures est passé, on croit devoir se contenter d'un traitement conservateur et rester dans l'expectative armée. Le soir, la fièvre monte à 39°. A partir du lendemain, pendant quatre jours, la fièvre vespérale se maintient constamment autour de 39° et la douleur abdominale diminue progressivement.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants : Dans les urines on trouve 0,10 % d'albumine, quelques globules rouges, mais pas de cylindres.

L'examen du sang donne des renseignements

instructifs : Leucopénie à 6,500 globules blancs et hypopolynucléose à 56 %. Les données hématologiques suggèrent l'idée qu'on est en présence non pas d'une appendicite aiguë mais d'une autre affection et vraisemblablement d'une fièvre typhoïde.

Dans le service de médecine, aussi bien le décours clinique de la maladie que les recherches de laboratoire (Widal positif) n'ont fait que confirmer le diagnostic.

La forme appendiculaire de la fièvre typhoïde au début est connue depuis longtemps. Son diagnostic est difficile. Le tableau clinique est tellement saisissant qu'à la fin de l'examen du malade le praticien est convaincu de l'exactitude de son diagnostic d'appendicite.

Heureusement le laboratoire peut être d'une grande utilité. Dans notre observation l'examen du sang a fourni deux éléments de premier ordre : leucopénie et hypo-polynucléose qui militent en faveur de la fièvre typhoïde en s'opposant exactement à la formule sanguine de l'appendicite aiguë.

Le diagnostic était-il possible avant le résultat de l'hémoculture ? Il est très difficile.

Devant une symptomatologie douteuse, mais qui régresse ou, tout au moins ne s'aggrave pas, on peut avoir tendance à attendre le résultat de l'hémoculture.

Mais devant une alerte appendiculaire brutalement déclarée et qui s'affirme ou s'aggrave, l'étiologie importe peu et le chirurgien doit marcher à la lésion.

IV

FAUSSE APPENDICITE AU COURS DU PALUDISME

Les erreurs de diagnostic que peut engendrer le paludisme, soit par ses accidents particuliers, soit par son début anormal, sont nombreuses.

Cependant il y a une forme clinique insolite de la malaria, dont le diagnostic présente un grand intérêt pratique parce qu'il rend au moins inutile une intervention chirurgicale.

Il s'agit de malades qui à l'occasion d'un accès de paludisme présentent un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite ressemblant à l'appendicite aiguë. Comme ce syndrome disparaît rapidement et complètement par le traitement quinique, il est d'importance capitale de trouver un moyen de faire le diagnostic différentiel avec une appendicite vraie, laquelle impose au contraire un traitement chirurgical.

Le type intermittent de la fièvre, la splénomégalie, la présence de l'hématozoaire dans le sang démontrent l'existence du paludisme mais ne prouvent pas encore la dépendance de façon indubitable du syndrome douloureux de la fosse iliaque droite de cette maladie.

Mais la leucopénie, chez un malade présentant ce syndrome avec un bon état général, un pouls en concordance avec la température sont les symptômes qui mettent le plus souvent sur la voie du diagnostic. Enfin l'évolution parallèle du syndrome douloureux et du paludisme, ainsi que la preuve du traitement qui les fait disparaître, prouvent que le syndrome douloureux est d'origine paludéenne.

A tous ces signes caractéristiques il est bon d'ajouter un signe négatif important : c'est l'absence d'empâtement dans la fosse iliaque droite qui montre qu'il ne s'agit point de péritonite péri-appendiculaire.

D'après Bressot, il faudrait tenir compte comme éléments de diagnostic de quelques autres caractères, parmi lesquels : une contracture moins intense que dans l'appendicite et qui se laisse vaincre après avoir palpé plusieurs fois de suite l'abdomen. Pouls auteur de 85. Des selles normales.

Mais au point de vue anatomo-pathologique, y a-t-il des lésions qui puissent permettre de rapporter les douleurs de la fosse iliaque droite à l'appendice ?

Bressot trouve à l'opération de trois cas l'hypérémie du réseau vasculaire dans la portion proximale du côlon et deux fois des infiltrations œdémateuses et ecchymotiques en plaques des dimensions d'une pièce de 0,50 à 1 fr. Les appendices excisés étaient au point de vue macro et microscopique normaux.

W. Halsamer et Castellani trouvent à l'opération le premier un appendice normal, l'autre un appendice légèrement hyperémié.

En tenant compte de toutes ces observations, nous pouvons supposer qu'il s'agit d'une simple congestion passagère comme on la voit dans beaucoup d'organes (rein, foie, rate) pendant l'accès du paludisme.

En résumé le paludisme peut engendrer pendant les accès un syndrome douloureux abdominal simulant l'appendicite aiguë. Ce syndrome dont le substratum anatomique n'est pas univoque, présente des caractères cliniques et hématologiques qui le rendent facile à diagnostiquer d'une vraie appendicite aiguë, pourvu qu'on y pense, ce qui doit être la règle, surtout dans les pays où le paludisme sévit d'une manière endémique. De ce diagnostic découle a) une indication thérapeutique ; le traitement quinique qui confirme le diagnostic et guérit en même temps le syndrome douloureux et sa cause le paludisme ; b) une contre-indication, le traitement chirurgical.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons montré que dans la phase d'invasion de nombreuses infections, existent des syndromes péritonéaux aigus, à allure appendiculaire. L'origine pathogénique du syndrome semble résider dans une altération intestinale habituellement illéale, mais surtout cæco-appendiculaire ; cette région se prêtant à l'invasion infectieuse en raison de sa richesse en follicules clos et lymphatiques.

II. — L'examen doit dépasser le cadre de l'abdomen en examinant soigneusement la gorge, l'appareil pleuro-pulmonaire et comporter le cas échéant les examens biologiques qu'appelle la situation.

III. — Devant des signes appendiculaires de la grippe, fièvre typhoïde et pneumonie, l'attitude médicale doit être celle de l'expectative armée. L'intervention s'impose devant tout syndrome d'alarme. La découverte d'un appendice sain est préférable aux risques encourus par la non intervention, qui est de règle en l'absence du syndrome d'alarme.

IV. — Dans le paludisme, il importe d'établir un diagnostic précis différentiel entre l'appendicite

aiguë vraie et le syndrome abdominal douloureux malarique.

V. — Le traitement quinique confirme alors le diagnostic en guérissant le syndrome douloureux et sa cause.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Arrigada.* — Difficulté de diagnostic des appendicites.
- Badelon et Solcard.* — Fièvre typhoïde à début appendiculaire chez un noir.
- E. Bressot.* — Le masque appendiculaire de certaines formes du paludisme.
- Deshommes.* — Appendicite ou fièvre typhoïde, importance de l'examen du sang. *La Provence médico-chirurg.*, N° 7, Sept. 1936.
- José W. Tobias.* — Thèse de Buenos-Ayres, 1920.
- Grossman et Salomon.* — Syndrome appendiculaire d'origine paludéenne. *Arch. des malad. de l'app. digestif*, 27-37-49, Janvier 1937.
- Janelidze.* — Diagnostic différentiel de l'appendicite aiguë. *Revue de Chirurgie*, 40-112-114, 1935.
- Julienne Liscoet.* — A propos de trois cas d'appendicite grippale. *Sté de Méd. Milit. Française*, N° 6, Juin 1935.
- Mandillon et J. Poinot.* — A propos de quelques cas de réactions cæco-appendiculaires au cours de la grippe. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, N° 33, 16 Août 1936.
- Schmorell.* — Diagnostic différentiel de l'appendicite aiguë et chronique.
- Seifert.* — Erreur de diagnostic au cours de l'appendicite.

